

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 109

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Louis-Marie-Maurice MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 20 février 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur...	Juges.
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0036

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 109

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Louis-Marie-Maurice MARTIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **BREST (Finistère)**, le 20 février 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		ANDÉRODIAS, professeur...	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAU.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale.....	CREYX.	id.	RIVIÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Votre vie de travail et d'abnégation sera pour moi un exemple que je m'efforcerai toujours de suivre. Veuillez trouver dans ce modeste ouvrage l'expression de ma piété filiale et de ma reconnaissance infinie.

A MON FRERE

Dont les conseils me furent toujours précieux. En témoignage de ma profonde affection.

A MA FIANCEE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse et l'assurons de
notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

Le cancer du sein offre, du fait de sa présence chez l'homme, certaines particularités, du moins en ce qui concerne l'étiologie, la symptomatologie et le pronostic. Au cours de cette étude, basée sur 100 cas, dont 3 inédits, nous nous étendrons donc surtout sur ces 3 points en nous reportant constamment aux chiffres fournis par nos observations et en les comparant aux résultats fournis par l'étude du cancer du sein chez la femme. Par contre, nous insisterons peu sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement, qui n'offrent ici rien de particulier.

Mais, avant de commencer cette étude, nous voulons remercier tout d'abord nos professeurs du Collège de Lesneven, dont la bienveillance et le dévouement nous ont toujours confondu.

C'est aussi avec un profond sentiment de reconnaissance que nous pensons à nos professeurs de l'Ecole Annexe de Médecine Navale de Brest et à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux.

Que M. le Professeur agrégé Jeanneney, dont le cours clair et précis et les conseils nous ont été d'un immense profit, soit assuré de notre gratitude.

M. le Professeur Guyot nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous le remercions particulièrement pour la bienveillante sympathie avec laquelle il nous a toujours accueilli.

HISTORIQUE

La connaissance du cancer du sein chez l'homme n'est pas de date récente, puisque déjà, en 1392, F. d'Acquapendente en fait mention. Puis c'est Ledran, qui, en 1778, dans son *Mémoire sur le cancer*, remarque que cette affection existe chez l'homme, mais beaucoup moins souvent que chez la femme. En 1787, Dussausoy et Sédillot en rapportent 2 cas, consécutifs à des traumatismes par fleurets. Velpeau donne 10 nouveaux cas, dont certains probables, mais non contrôlés.

Nélaton, en 1839, rapporte l'histoire d'un malade atteint d'un cancer du sein qui ne guérit qu'au bout de trois interventions. Dans une statistique faite à Paris en 1840, Tranchon trouve, sur 9.118 cancéreux, 5 cas de cancers du sein chez l'homme.

Plusieurs auteurs présentent ensuite de nouveaux cas (Cruveilhier, Lisfranc, Deguise, etc.). Milton constate sa grande fréquence en Angleterre, alors qu'en Allemagne on n'en trouve presque pas.

A partir de 1872, l'histoire du cancer du sein chez l'homme entre dans une nouvelle phase. Jusqu'alors, en effet, on n'avait publié que des cas isolés. Horteloup fit le premier travail d'ensemble sur la question, travail basé sur 96 cas déjà publiés.

Dans les années qui suivent, outre les cas isolés comme celui de Gillette (1874), nous trouvons deux thèses : celle de Chenet en 1876, avec 7 cas inédits, et celle de Lutet en 1877.

La question est reprise par Poirier en 1883. Dans sa thèse

inaugurale, il réunit 100 cas, dont 9 inédits, avec plusieurs examens histologiques.

Signalons encore l'étude importante faite par Williams en 1899 dans le journal *The Lancet*, étude surtout statistique basée sur 100 cas.

Depuis cette époque, les publications de nouveaux cas se sont multipliées, en particulier dans le *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Paris* et les *Annals of Surgery*.

Des études plus détaillées ont été faites par Palermo, qui, en 1907, réunit toutes les publications sur le sujet; par Forge et Chauvin, qui étudient spécialement les tumeurs mélaniques. Herrenschmidt étudie les tumeurs du sein chez l'homme au point de vue de la malignité (1921). Enfin, tout dernièrement (janvier 1931), Dessaint et Plantevin apportent 2 nouveaux cas, suivis de considérations intéressantes sur l'étiologie et l'anatomie pathologique.

L'étude du cancer du sein chez l'homme a en outre fait l'objet de nombreuses thèses, parmi lesquelles nous notons, à Bordeaux, celles de Guégan (1903), Flurian (1909), Pourtau (1911), qui traite à la fois les cancers de la glande et ceux de la peau. Barril (1919) et Piéri (1926) apportent de nombreux cas inédits.

ETIOLOGIE

L'étiologie du cancer est, pour le moment, une question encore fort obscure. Aussi bien nous n'avons l'intention d'étudier, en nous référant le plus possible à nos observations que certains points particuliers au sujet qui nous occupe.

RELATION DE FRÉQUENCE ENTRE LES CANCERS DU SEIN CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME.

Les chiffres sur ce point sont des plus variables. L'un des premiers qui se soient occupés de la question, Gurlit, donne la proportion de 0,55 p. 100. Wilhams réunit 1.950 cas de cancers du sein chez la femme et 49 chez l'homme, soit 1 p. 100. Puis nous trouvons les statistiques de Billroth (2,82), Shulter (1,39), Yakowleff (4,2).

A Paris, dans une période comprise entre 1903 et 1922, sur 279 cas de mort par cancer du sein, il y en avait 10 chez l'homme, soit 3,07 p. 100.

Au Centre du cancer de Bordeaux, sur 146 cancers du sein réunis de 1916 à 1924, on en trouve 4 chez l'homme, soit environ 3 p. 100 (Jeanneney et Mathey-Cornat).

Nous pouvons donc prendre comme chiffre moyen 2,5 p. 100.

A quoi est due cette rareté relative du cancer du sein chez l'homme? Si l'on suit le développement de la glande mammaire chez le garçon et chez la fille, on voit qu'il est le même jusqu'à la puberté. Mais à cette époque, alors que, chez la fille, la glande continue à se développer normalement, elle subit chez le garçon une régression qui en fait

un organe atrophié chez l'adulte. Or Williams, en faisant des recherches sur les néoplasies en général, a remarqué qu'elles sont rares dans les tissus en régression.

Pour Pigot, cette faible proportion de cancers du sein chez l'homme serait surtout due à la rareté des affections aiguës ou chroniques et aussi au fait que l'homme échappe aux accidents qui accompagnent la lactation. Sur 416 cas de cancers du sein chez la femme, Gross a en effet noté l'allaitement dans les antécédents dans 316 cas, soit 76 p. 100.

RELATION DE FRÉQUENCE ENTRE LES TUMEURS MALIGNES ET LES TUMEURS BÉNIGNES.

On admet généralement que les tumeurs bénignes du sein sont, chez l'homme, beaucoup plus rares que les tumeurs malignes. Billroth les donne dans la proportion de 8 p. 92; Bracquelaye, 20 p. 80; Pistocchi, en 1927, dit que dans toute la littérature on cite seulement 40 cas de tumeurs bénignes.

Cependant, Herrenschmidt s'élève contre cette opinion. Sur 46 cas de tumeurs du sein chez l'homme, il trouve en effet autant de bénignes que de malignes.

Une statistique assez récente de Gutierrez et Monserrat donne la proportion de 64 p. 238. Il est donc permis d'affirmer que les tumeurs malignes prédominent (78,8 p. 100). Mais on peut penser, avec ces auteurs, que ce fait est peut-être dû à ce que, en général, on publie les cas de tumeurs malignes plutôt que ceux de tumeurs bénignes, qui présentent moins d'intérêt.

Il semble d'ailleurs qu'il en est de même chez les femmes, puisque Williams donne les chiffres de 20 bénignes pour 80 malignes.

AGE.

Le cancer du sein peut se trouver chez l'homme à tout âge puisque les cas extrêmes cités dans la littérature sont 12 et

91 ans. Néanmoins, si l'on examine les diverses statistiques, on voit que c'est surtout à partir de 40 ans qu'il devient fréquent, avec comme âge moyen de 50 à 60 ans (Williams Poirier).

Nous avons relevé les chiffres suivants :

10 à 20 ans.	3
20 à 30 ans.....	1
30 à 40 ans.....	4
40 à 50 ans	23
50 à 60 ans.....	30
60 à 70 ans.....	24
70 à 80 ans.....	11
80 à 90 ans.....	2
	98

Le cancer du sein apparaîtrait donc à un âge plus avancé chez l'homme que chez la femme, puisque pour celle-ci on donne comme âge moyen 45 à 50 ans.

CÔTÉ ATTEINT.

Alors que chez la femme il résulte des statistiques de Gross et Williams que le sein gauche est atteint un peu plus souvent que le droit, il semble que, chez l'homme, c'est l'inverse qui se produit.

Voici les chiffres relevés :

	Gauche.	Droit.
Williams.....	33	38
Imbert.....	48	64

Personnellement, nous trouvons 57 cas à droite et 29 à gauche.

Quant au cancer bilatéral à début simultané dans les deux sens, il est très rare, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Nous en avons relevé 3 cas seulement. Et, comme le fait remarquer Bénassy dans sa thèse sur ce sujet, la preuve

de la simultanéité, par conséquent de relation de cause à effet entre l'un et l'autre cancer, est bien difficile à établir.

TRAUMATISME.

Le traumatisme est souvent indiqué par les malades comme cause déterminante de la tumeur qu'ils présentent. Cette question a été fort discutée par les auteurs.

Velpeau disait que, « dans les glandes comme testicules et seins, la plus légère contusion peut être l'origine de dégénérescences organiques qu'on n'y observe que trop souvent ».

Pour Virchow, « dans les organes qui se trouvent fréquemment en contact avec des corps étrangers il se développe bien plus de tumeurs que dans ceux qui sont renfermés dans l'intérieur des cavités ».

Tous les auteurs citent le traumatisme dans l'étiologie du cancer du sein chez l'homme. Poirier donne 8 cas; Williams 14 cas sur 30, soit près de 50 p. 100. Yamamoto, qui a réuni 237 cas, signale le traumatisme dans 61 cas, soit 23 p. 100.

Personnellement nous avons trouvé 19 cas sur 100.

La question consiste à savoir si le traumatisme est vraiment une cause déterminante, ou seulement une cause occasionnelle qui attirerait l'attention du malade sur une tumeur latente et ignorée. On peut encore admettre, avec Verneuil et Leclerc, que la contusion crée simplement un point de moindre résistance sur un terrain prédisposé.

Signalons, en terminant, cette importante question, que, de même que l'on met en relief l'action du corset chez la femme, on peut mentionner, chez l'homme, l'irritation continue produite par les bretelles (obs XXXIII) ou (obs XX) par une courroie.

HÉRÉDITÉ.

Les auteurs sont loin d'être d'accord quand il s'agit de déterminer l'importance de l'hérédité dans le cancer. En effet, Geinatz ne la signale que dans 9 p. 100 des cas, alors

que, sur 100 sujets atteints d'une affection chirurgicale quelconque, 11 comptaient des cancéreux dans leurs antécédents.

Par contre, Williams, sur 136 cas de cancers du sein, trouve 33 fois des antécédents cancéreux. W. et C. Wassink (Amsterdam) donnent 76 cas sur 238.

Pour ce qui est du cancer du sein chez l'homme, il semble que le rôle de l'hérédité soit assez peu important, puisque Poirier ne la signale que dans 3 cas sur 100. Cependant, Williams donne 7 cas sur 29, soit 24 p. 100.

Sur 100 cas, nous n'avons trouvé que 4 malades présentant des antécédents héréditaires. Pour deux de ces malades, il s'agissait de cancer du sein chez la mère (obs. LVII et LXXXVII); pour un autre, c'était un cancer de l'intestin chez la mère encore (obs. XC); et enfin le dernier avait deux cousins morts, l'un d'un cancer du sein, l'autre d'un cancer du rectum.

Sans insister plus longuement, nous signalerons simplement une explication qu'on a donnée à ces séries familiales sans faire intervenir l'hérédité : l'identité du régime, la communauté d'alimentation et d'habitation et aussi la contagion, que les expériences de Borrel à l'Institut Pasteur sembleraient prouver.

INFECTIONS AIGÜES OU CHRONIQUES.

Elles sont aussi fréquemment incriminées. Roffo étudie un cas dans lequel un sein, à la suite d'un processus suppuratif, récidive huit ans après avec le même aspect, et, après deux mois d'évolution, on observe la substitution au processus inflammatoire, d'une tumeur dure, saignante, dont l'évolution montre qu'il s'agit d'un cancer tubulé.

Dans deux cas (obs. XXVIII et LXXV), nous trouvons dans les antécédents, des abcès du sein.

TUMEURS BÉNIGNES.

La majorité des anatomo-pathologistes et la presque totalité des cliniciens affirment qu'une tumeur bénigne est souvent le point de départ d'un cancer. L'adénome réaliserait un état précancéreux.

Nous n'avons trouvé ce fait signalé que dans un cas (obs. LXXIII) : trois ans après l'ablation d'un fibro-adénome, on vit apparaître au même niveau une nouvelle tumeur, que l'on reconnut être un squirrhe.

GYNÉCOMASTIE.

Beaucoup d'auteurs ont fait jouer un rôle important à la gynécomastie dans la genèse du cancer du sein chez l'homme (Betagh, Bussa-Lay). Au contraire, Billroth et Schneller sont opposés à cette théorie, car ils soutiennent qu'avec cette conception les tumeurs du sein chez l'homme seraient extrêmement fréquentes.

Nous n'avons pu trouver qu'une observation (obs. LX) dans laquelle le malade avait des seins anormalement développés, cette anomalie n'existant d'ailleurs que depuis une douzaine d'années, époque à laquelle le malade avait subi une prostatectomie.

Il semble donc que la gynécomastie soit une cause très rare de cancer du sein chez l'homme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur les variétés histologiques du cancer du sein chez l'homme, car nous trouvons sur ce point une analogie complète avec celui de la femme. Nous nous contenterons donc de quelques notions élémentaires, qui, d'ailleurs, peuvent être utiles pour expliquer certains signes cliniques.

A. — Cancers épithéliaux.

I. — EPITHÉLIOMAS PAPILLAIRES INTRACANALICULAIRES.

Au point de vue *macroscopique*, on peut constater un certain degré de ramollissement, et presque toujours il existe des *kystes* visibles à l'œil nu; ils sont dus à la dilatation des canaux galactophores. Leur paroi interne est *villose* et de longues végétations flottent dans leur cavité. Ces tumeurs sont ordinairement encapsulées.

Microscopiquement, on voit que ces cavités sont tapissées par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques. Quant aux végétations, elles sont formées d'un axe composé par un capillaire et tapissé de cellules cylindriques.

II. — EPITHÉLIOMAS ACINEUX.

1° *Forme commune*. — Macroscopiquement, le néoplasme se présente comme un noyau dur, *fusionné* avec les parties voisines, dans lesquelles il envoie des prolongements; *pas d'encapsulation*.

La coupe présente une surface homogène, grise, ferme. Elle donne au raclage un suc.

Un caractère important de ces tumeurs est l'*atteinte des ganglions axillaires*, dont la coupe présente exactement l'aspect de la tumeur.

Microscopiquement, on voit « une disposition générale de grands lobules, composés de tubes pleins anastomosés les uns avec les autres. Ces lobules sont entourés par des bandes épaisses de tissu conjonctif » (Cornil); suivant la disposition de ces tubes, on aura l'*épithélioma tubulé*, dans lequel ils sont isolés, ou l'*épithélioma alvéolaire*, appelé encore *carcinome*, dans lequel ils sont fréquemment anastomosés avec des alvéoles.

La disposition des *cellules atypiques* dans les tubes, ou alvéoles, est variable. Elles sont en état de *mitose* dans toutes les parties du néoplasme en voie d'accroissement.

2° *Encéphaloïde*. — C'est le cancer *mou* du sein, à marche ordinairement rapide.

A la coupe, la surface est molle, friable, avec beaucoup de suc laiteux.

Il y a ici *exagération de la production des cellules épithéliales*, qui dilatent et agrandissent les loges creusées dans le tissu conjonctif. Souvent même on a de véritables *kystes* remplis de liquide séro-sanguinolent.

3° *Squirrhe*. — Tumeurs dures, sèches, dans lesquelles *domine le tissu fibreux*, qui semble étouffer les cellules, d'où quelquefois ratatinement du sein, rétraction du mamelon. Ordinairement, la marche est lente.

III. — ÉPITHÉLIOMAS COLLOÏDES.

Caractérisés par la *transparence* et l'*état gélatineux* partiel ou total de la tumeur.

Voici le compte rendu de l'examen microscopique fait pour le seul cas que nous rapportons :

« Lésions identiques partout. Grandes placards d'un tissu

fibro-vasculaire dissociés par d'énormes champs d'une matière translucide, d'apparence colloïde, presque incolore, et associée à des colonies de cellules épithéliales polymorphes vivement teintées par les réactifs. Pas de tissu élastique, mais trousseaux lamelliformes s'unissant les uns aux autres avec quelques rares vaisseaux sanguins. Cellules fixes minces, effilées. »

B. — Sarcomes.

Le caractère essentiel de ces tumeurs est que le *tissu conjonctif* évolue d'une façon *atypique* et prolifère d'une façon *irrégulière, envahissante, maligne*.

Leur forme générale est *globuleuse* et irrégulière. Leur volume est souvent considérable.

On distingue des *sarcomes en masse*, tumeurs pleines, homogènes, et des *sarcomes kystiques*.

Dans le premier cas, la tumeur infiltre la peau. Les bourgeons périphériques de formation récente montrent un tissu sarcomateux pur avec cellules fusiformes. Du côté central, il y a une modification profonde des acini et des conduits galactophores, dont la membrane propre a disparu, les cellules sarcomateuses s'insinuant entre les cellules épithéliales.

Dans le sarcome *kystique* ou papillaire, la coupe montre des cavités hérissées de végétations formées par le tissu sarcomateux et tapissées par les cellules épithéliales normales ou proliférées, et quelquefois altérées et désagrégées.

Au point de vue de la *forme des cellules* sarcomateuses, on trouve deux variétés : le sarcome *fuso-cellulaire* et le sarcome *globo-cellulaire*.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est difficile de classer les variétés cliniques des cancers du sein : les uns se distinguent par leur siège anatomique (cancers intracanaliculaires); d'autres par leur consistance, molle (encéphaloïdes) ou dure (squirrhes). Enfin les sarcomes, tumeurs du tissu conjonctif, offrent une évolution et une symptomatologie assez particulières.

A. — Cancers épithéliaux.

I. — EPITHÉLIOMAS PAPILLAIRES INTRACANALICULAIRES.

Nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique comment se développaient ces tumeurs et quelle était leur constitution. Cela nous permet d'en comprendre la plupart des signes cliniques.

Au point de vue de la fréquence, nous donnons la proportion de 10 p. 100. De même que chez la femme, l'âge des malades est en général plus avancé que pour les autres formes. Nous trouvons, en effet :

de 40 à 50 ans, 1 cas;
de 50 à 60 ans, 3 cas;
de 60 à 70 ans, 4 cas;
au-dessus de 70 ans, 2 cas.

Ordinairement, le premier symptôme qui attire l'attention du malade est un *écoulement de sang par le mamelon* (obs. IV, VI, VIII, XIII). Ce symptôme est caractéristique du siège intracanaliculaire de l'épithélioma. Cet écoulement peut être constitué par du sang pur ou simplement par une sérosité

sanguinolente. Quelquefois, le malade remarque simplement quelques taches de sang sur sa chemise. Ordinairement continu, l'écoulement peut ne survenir que tous les mois (obs. V, XIII).

Dans une de nos observations (obs. V), le premier symptôme a été la *douleur* ou, plutôt, des picotements.

Mais souvent le malade constate d'abord une tumeur sans caractères bien particuliers (obs. VII, IX, X, XI, XII), et ce n'est que plus tard que l'écoulement de sang se produit.

A la période d'état, le malade présente une tumeur qui, à la palpation, donne une sensation de rénitence, de pseudo-fluctuation. Elle est ordinairement adhérente à la peau, qui souvent est fine et bleuâtre. Cette tumeur est quelquefois multilobée, étant formée de nombreux kystes, comme dans l'observation rapportée par Poirier (obs. IV) : une ponction au bistouri faite en cinq points différents fit sortir chaque fois 200 grammes de sang.

La marche est lente, en général de trois à cinq ans et même plus (obs. XII et XIII).

Cependant, les picotements que ressentait le malade deviennent de véritables douleurs. Puis les ganglions sont envahis (dans 7 cas sur 10). Une ulcération de la peau peut se produire. La tumeur est arrivée à la période maligne, d'allure rapide et grave.

II. — CANCERS ENCÉPHALOÏDES.

Nous décrivons dans cette variété, plutôt clinique qu'histologique, aussi bien l'épithélioma typique que l'épithélioma atypique ou carcinome.

Signes de début. — Les symptômes *subjectifs* sont rarement marqués au début. Dans quelques cas, cependant, l'attention du malade est attirée par des picotements ou des élancements, moins souvent par de véritables douleurs (obs. XVI, XXIV, XIX, XLIX, LXII, LXIV).

Mais ordinairement le malade découvre par hasard un noyau dans le sein, ou s'aperçoit que celui-ci a augmenté de volume.

Cette *tumeur* est petite : elle a le volume d'un pois ou même quelquefois moins. Elle est dure, mobile sous la peau, à laquelle elle n'est pas du tout adhérente.

Cette petite tumeur va évoluer assez rapidement. Si nous relevons en effet le temps qui s'est écoulé entre la découverte de la tumeur et le moment où le malade vient consulter, nous voyons que, dans 30 cas, cette durée a été de deux à huit ans et, dans 22 cas, elle n'a été que de un mois à dix-huit mois; comme moyenne nous obtenons vingt-neuf mois.

Cette évolution peut d'ailleurs se faire de deux façons différentes :

ou bien elle est continue, et l'on passe sans à-coups à la période d'état;

ou bien (6 fois sur 53) la tumeur, après avoir évolué insidieusement pendant quelquefois longtemps, entre ensuite dans une phase aiguë marquée par l'augmentation rapide de volume, par de vives douleurs et quelquefois par des signes d'inflammation.

Ordinairement, le malade ne vient consulter qu'arrivé à la *période d'état*.

⁸ La palpation permet alors de sentir une masse de consistance variable : tantôt plutôt dure, tantôt inégale avec des points ramollis. Cette masse est *mal limitée*; elle semble faire corps avec les tissus voisins. Tout autour d'elle s'est faite une infiltration irrégulière avec raccourcissement des tractus fibreux du sein, d'où l'aspect extérieur caractéristique de la peau, dit « peau d'orange ». Cette *adhérence à la peau* peut cependant ne pas exister, puisque nous ne la trouvons que dans la moitié de nos observations. Assez souvent elle se traduit par de la *rétraction du mamelon* (11 cas).

Quand on fait contracter le grand pectoral, on voit souvent que la tumeur est fixée à la profondeur (12 cas).

Fréquemment (25 cas), on voit la peau s'ulcérer. Cette ulcé-

ration ne diffère en rien des autres ulcérations cancéreuses. Elle surviendrait peut-être plus tôt chez l'homme que chez la femme, la tumeur chez celle-ci étant séparée de la peau par davantage de tissu graisseux.

La *douleur* à cette période peut être intense, et bien souvent c'est elle qui décide le malade à venir consulter.

Cette douleur (19 cas) peut être localisée au sein atteint; mais elle peut aussi s'irradier vers le bras.

L'*envahissement ganglionnaire* (35 cas) se ferait plus tardivement que chez la femme. Ordinairement, les ganglions axillaires sont seuls atteints. Mais quelquefois aussi (2 cas) on trouve des ganglions susclaviculaires, ce qui, comme nous le verrons plus loin, aggrave le pronostic.

III. — SQUIRRHES.

Cette forme était considérée autrefois comme la plus fréquente chez l'homme, puisque Williams donne la proportion de 88 squirrhes pour 100 cancers du sein. Cette proportion nous semble exagérée, et nous croyons pouvoir la réduire à 23 p. 100.

Le squirrhe peut se présenter chez l'homme avec les mêmes formes cliniques que chez la femme.

1° Le *squirrhe atrophique* est la forme la plus fréquente (15 cas). Il se caractérise avant tout par son évolution, plus lente que celle des encéphaloïdes : nous trouvons en effet une moyenne de trente-trois mois environ.

A la palpation, on trouve une tumeur *très dure*, ordinairement petite, mal limitée. L'adhérence à la peau et aux plans profonds se fait à peu près dans les mêmes proportions que pour les encéphaloïdes.

Par contre, les douleurs sont moins fréquentes (4 cas seulement, dont une fois comme signe de début).

Quant aux ganglions, ils sont pris dans la moitié des cas.

2° Le *squirrhe pustuleux* (obs. LXXVI, LXXVIII, LXXIX, LXXXII) se présente sous la forme d'une série de petits

noyaux cancéreux rayonnant à partir de la tumeur primitive. Leur nombre est infiniment variable, et ils peuvent dépasser la région mammaire, pour s'étendre à tout le thorax.

L'évolution est ici beaucoup plus rapide, puisque dans un cas seulement elle a dépassé un an (obs. LXXVIII). L'adhérence à la peau est la règle.

C'est une des formes fréquentes de récurrence postopératoire (obs. LXXVI).

3° Le *squirrhe en cuirasse* (obs. LXVII, LXXXIII, LXXXV, LXXXVII) se présente avec un état ligneux des téguments qui se propage souvent à tout le thorax. Ici aussi l'évolution est très rapide, en moyenne un an. Le malade souffre atrocement et, pris comme dans un étau, présente des phénomènes asphyxiques qui peuvent entraîner la mort (obs. LXXXVII).

IV. — CARCINOMES MÉLANIQUES.

Les cancers mélaniques du sein chez l'homme sont des tumeurs très rares, puisque Forgue et Chauvin, en 1919, n'ont pu en recueillir que 18 observations publiées. Cliniquement, ces tumeurs se présentent sous deux aspects, du moins au début.

Ulcération superficielle dont la base indurée s'étend et s'infiltré progressivement et dont les lèvres épaisses ont une teinte foncée;

Ou bien nodule profond qui tend vers l'ulcération (obs. XC et XCI).

Le caractère fondamental, et qui permet seul de les distinguer des autres tumeurs, est la pigmentation diffuse ou en marbrures, qui colore les bords de l'ulcération ou apparaît à la coupe. En outre, la tumeur siège toujours près du mamelon et les ganglions sont régulièrement envahis.

V. — EPITHÉLIOMAS COLLOÏDES.

Cette variété est très rare, chez l'homme aussi bien que chez la femme. Nous n'avons pu en trouver qu'une observa-

tion (obs. XCII). C'est une tumeur bosselée, mobile, de consistance molle et fluctuante, à évolution lente.

B. — Cancers dérivés du tissu conjonctif : Sarcomes.

Le sarcome du sein est une variété histologique qui fut longtemps considérée comme très rare chez l'homme. Nous pensons qu'on peut admettre la proportion d'environ 10 p. 100.

Le *début* passe en général inaperçu. Dans une de nos observations (obs. XCVI), l'attention du malade fut attirée par des picotements. Mais ordinairement, comme pour les autres tumeurs, c'est par hasard que le malade découvre une petite tumeur circonscrite et mobile. Le plus souvent, *l'évolution est très rapide* : dans l'espace de huit mois, en moyenne, la tumeur devient énorme. Elle prend alors une forme tout à fait *irrégulière*, présentant de grosses bosselures. Elle est ordinairement rénitente et souvent, même, donne une sensation de fluctuation.

On est frappé par le développement exagéré de la circulation veineuse sous-cutanée.

La peau est très *rarement adhérente* (dans deux cas seulement) et le mamelon n'est pas rétracté. L'*ulcération* de la peau (4 cas) peut se produire soit par usure, soit parce qu'un kyste crève et se vide.

Un caractère important est l'*intégrité des ganglions*, que nous n'avons trouvés envahis que dans 2 cas.

DIAGNOSTIC

L'étude clinique nous a montré que les tumeurs du sein chez l'homme pouvaient se présenter sous trois états différents : les tumeurs *liquides*, *solides* ou *ulcérées*.

I. — Tumeurs liquides.

Nous rangerons sous ce titre la plupart des *épithéliomas intra-canaliculaires*, dont nous rappelons les symptômes caractéristiques : écoulement de sang par le mamelon, évolution lente, envahissement des ganglions.

Dans les *sarcomes kystiques*, la main peut souvent percevoir la fluctuation. Mais, ici, pas d'écoulement de sang par le mamelon, marche rapide et surtout intégrité des ganglions.

On ne confondra pas ces tumeurs malignes avec un *abcès du sein*, qui présente tous les caractères de l'inflammation, avec une marche rapide, l'élévation de la température et la résolution assez rapide. Cependant, Tapie cite, dans les *Archives médicales de Toulouse*, le cas d'un abcès du sein pris pour un néoplasme.

L'*abcès froid*, dans la forme confluyente de la tuberculose mammaire, est généralement précédé ou accompagné de volumineux ganglions axillaires, adhérents ou fistulisés, et se développe sur un terrain prédisposé.

L'examen du squelette permettra de reconnaître un *abcès froid costal*.

La *gomme syphilitique* ramollie est indolente et adhère vite à la peau, qui prend une teinte vineuse caractéristique.

Les *lipomes* se rencontrent rarement chez l'homme. Ils

donnent une sensation de mollesse, mais sans fluctuation. Les ganglions ne sont pas envahis.

Dans les *hématomes rétro-mammaires*, on aura la notion du traumatisme dans les antécédents et l'apparition d'une ecchymose.

On pensera à l'*adéno-fibrome kystique* en présence d'une tumeur bien encapsulée, tendue, très mobile, sans ganglions.

Nous ne ferons que citer le *kyste hydatique*, qui est très rare et qui a une évolution lente, sans douleur et qui donne une réaction de Weingberg positive.

II. — Tumeurs solides.

On éliminera facilement les tumeurs *extraglandulaires* : tumeurs des muscles ou du squelette.

La question capitale à résoudre est celle de la *nature maligne ou non* des tumeurs solides de la glande mammaire au début de leur évolution.

La *mastite de la puberté* débute ordinairement par des picotements, qui deviennent de véritables douleurs. La région mammaire est augmentée de volume. La glande est dure, bosselée, mobile et sans adhérences avec les parties voisines. Il n'y a pas de tuméfaction des ganglions axillaires. Le plus souvent, la résolution se fait au bout d'un seul septénaire.

L'*adéno-fibrome* est une tumeur indolente, encapsulée, n'adhérant pas aux téguments, n'infectant pas les ganglions. On voit donc qu'au début il n'y a pas de différence avec le *sarcome*. Seuls, l'évolution plus rapide de celui-ci, son volume énorme, puis ses kystes, feront faire le diagnostic. Quant à l'*épithélioma intracanaliculaire*, qui est lui aussi encapsulé, on le reconnaîtra par son siège sous-mamelonnaire et l'écoulement de sang par le mamelon.

Cependant, il y a des tumeurs bénignes qui, tout en étant plus ou moins localisées, ont un noyau dur semblable à un noyau épithéliomateux avec des tractus fibreux dans le tissu cellulaire sous-cutané donnant l'impression d'une adhérence

à la peau. Duquesne, dans sa thèse, a même signalé leur adhérence au mamelon, qui, parfois, est ombiliqué. Nous avons vu dans l'étiologie que beaucoup d'auteurs considéraient l'adéno-fibrome comme un état précancéreux; dans tous les cas, donc, la meilleure conduite à tenir est d'en débarrasser le malade.

La *mastite de l'homme adulte* est une chose rare qui présente d'ailleurs des analogies avec le cancer : début torpide, sans causes apparentes, sans phénomènes généraux, avec noyau mal limité, diffus. Cependant, on pourra y déceler un caractère inflammatoire : douleur à la pression, ganglions trop volumineux pour être néoplasiques à une période si précoce, peau rouge et œdématiée.

La *tuberculose du sein* est excessivement rare chez l'homme, et on n'en connaît que quelques cas dans la littérature.

III. — Tumeurs ulcérées.

1° LÉSIONS EXTRAGLANDULAIRES.

On reconnaîtra facilement l'*épithélioma de la peau* de la région mammaire, qui débute par une ulcération et non par une tumeur.

Le *cancer du mamelon* peut être plus difficile à distinguer, car il débute ordinairement par une tumeur dure qui projette le mamelon en avant et finit par s'ulcérer. Ordinairement, d'ailleurs, il y a envahissement ultérieur de la glande.

Le *chancre du sein*, très rare chez l'homme, puisqu'il ne représente que 0,145 p. 100 des chancres extragénitaux, est une lésion bien limitée, à fond égal ou peu bourgeonnant, peu suintant; il est toujours accompagné de ganglions axillaires. Bien que sa base soit indurée, on ne peut le confondre avec un néoplasme, qui, à la période d'ulcération et d'adénopathie, présente une tumeur déjà appréciable.

La *maladie de Paget* débute par de petites croûtelles sur le mamelon. Au bout d'un temps variable apparaît une éro-

sion à contours polycycliques. Cette lésion se transforme d'ailleurs presque toujours en cancer si elle n'est pas traitée par l'exérèse.

2° LÉSIONS GLANDULAIRES.

Le diagnostic des *tumeurs liquides* ouvertes à l'extérieur peut être difficile.

C'est ainsi qu'on incise quelquefois comme abcès, des *kystes* qui évoluent ensuite comme des épithéliomas ou des sarcomes.

La *gomme syphilitique* peut simuler facilement le cancer ulcéré si on n'examine attentivement les bords arrondis, le fond bourbillonneux, l'absence de tumeur vraie sous-jacente et d'adénopathie.

Les *fistules tuberculeuses* se reconnaîtront à leurs bords minces, décollés, violacés.

Parmi les *tumeurs solides*, on différenciera les tumeurs *adéno-conjonctives* (adéno-fibrome; adéno-sarcome), qui usent la peau par leur masse, des tumeurs *épithéliales*, qui font corps avec les téguments infiltrés, puis détruits.

TRAITEMENT

Le traitement du cancer du sein chez l'homme n'offre rien de particulier.

I. — Comme chez la femme, il sera avant tout *chirurgical*. L'opération doit être large, c'est-à-dire qu'on doit enlever en bloc la glande, le tissu sous-cutané, les pectoraux et le contenu de l'aisselle. On a trop tendance à considérer le cancer du sein chez l'homme comme plus bénin que chez la femme et à exécuter des opérations plus réduites, ce qui est une erreur. La petitesse de la tumeur ou de l'ulcération n'est pas une condition suffisante pour se contenter d'une opération minime.

Les *contre-indications* peuvent tenir à l'état local : présence de nodules cutanés ou sous-cutanés, squirrhes en cuirasse (obs. XVIII, LXVII, LXXIX, LXXXV, LXXXVII).

Elles peuvent être tirées de l'état des *ganglions* : soit ganglions axillaires s'ils forment une tumeur volumineuse dans l'aisselle (obs. VIII), soit surtout ganglions susclaviculaires, la clavicule étant « la frontière des opérations raisonnables » (Forgue et Reclus). Dans les 4 observations où sont mentionnés des ganglions susclaviculaires, nous voyons, en effet, que les résultats ont été très mauvais : trois morts et une récidive (obs. XXVII, LI, LXXXIV, LXXXVII).

Il est évident que toute *métastase* à distance contre-indique l'intervention (obs. XIV).

Dans les cas où l'état *général* est déficient (sénilité, cachexie), on s'abstiendra d'intervenir ou, du moins, on fera une opération plus conservatrice (obs. I, IX, LIV, LXXVII). En cas de diabète, nous voyons (obs. I) qu'un régime doit être

prescrit avant l'opération, qui est suivie de quelques injections d'insuline.

II. — Les traitements *physiothérapiques* (rayons X et radium) seront réservés aux récidives locales, aux cancers ulcérés inopérables, aux envahissements ganglionnaires inaccessibles ou dans les cas où le malade ne pourrait soutenir une opération (obs. VIII, LI, LIV, LX, LXXVII, LXXXV, LXXXVII).

Ils pourront aussi être employés soit avant le traitement chirurgical : radiothérapie préopératoire (obs. XII, LXXX, LXXXVI), soit après l'opération : rayons X (obs. LIII, LXV) ou radium (obs. LXXXVI).

Mais toujours ils ne sont que des succédanés du traitement chirurgical.

III. — *Résultats* : Pour la moitié des observations, nous n'avons pu trouver le résultats du traitement suivi par le malade. Nous ne pouvons donc tirer d'indications très précises des chiffres que nous donnons ci-dessous :

Traitement.	Récidives.		Métastases.	Mort.
	Même sein.	Sein opposé.		
Opération :				
Avec curage de l'aisselle (58 cas).....	6	2	9	8
Sans curage de l'aisselle (30 cas).....	7	1	4	2
Physiothérapie (5 cas).....	1	»	»	2
Opération et physiothérapie (5 cas).....	»	»	1	2
Totaux	14	3	14	14

Nous pouvons donc voir que c'est l'opération large avec curage de l'aisselle qui donne les meilleurs résultats, et, de même que chez la femme, c'est elle qu'il faut préférer à tous les autres modes de traitement.

Pour ce qui est de la date à laquelle se produisent les récidives, nous avons trouvé une moyenne de quinze mois. Quant aux métastases, elles apparaissent assez tardivement ; en

moyenne au bout de dix-sept mois. Elles se font surtout dans le rachis (5 cas) et dans les poumons (6 cas), plus rarement dans les ganglions, les côtes ou le sternum.

Les sujets meurent en général à la suite de métastases et peu après la production de celles-ci.

L'âge des malades semble avoir peu d'influence sur le pronostic. Cependant, celui-ci serait plus mauvais entre 40 et 60 ans (17 mauvais résultats).

La variété histologique a aussi de l'importance. En effet, alors que les épithéliomas intracanaliculaires sont peu malins, les épithéliomas acineux donnent en général de mauvais résultats. Mais nous ne croyons pas qu'il faille distinguer ici les encéphaloïdes des squirrhes. Nous trouvons en effet la même proportion de mauvais résultats pour chacune de ces formes. Ceci est d'ailleurs conforme à l'opinion de MM. Delbet et Herrenschildt (*Atlas du Cancer*, V^e fascicule) : « Si certains cancers évoluent lentement, ce n'est pas parce que le tissu conjonctif y est très fibreux. Au contraire, c'est parce que l'évolution des cellules épithéliales est lente que le tissu conjonctif a le temps de devenir fibreux. »

Il nous reste enfin à savoir si le cancer du sein a un pronostic meilleur chez l'homme que chez la femme. Nous avons dit plus haut que, pour la moitié des observations, nous n'avons pu trouver le résultat postopératoire. Nous ne pouvons donc nous baser sur des chiffres. Mais d'après les renseignements que nous avons recueillis, en particulier près de M. le Professeur Chavannaz, nous pouvons simplement dire que le pronostic est plus mauvais chez l'homme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à la bienveillance de M. le Professeur GUYOT.)

L..., 69 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A 45 ans, bronchite suivie d'emphyse à toux fréquente et pénible et dyspnée d'effort. Depuis cinq ans environ, le malade prétend en être guéri.

Histoire de la maladie. — Le malade a constaté il y a de nombreuses années (huit ou dix ans) l'existence dans le sein droit d'une grosseur du volume d'un haricot. Depuis deux ans, elle avait manifestement augmenté de volume, et il s'était formé des adhérences avec la peau. Le malade, ne souffrant pas, n'a suivi aucun traitement. Il vient cependant, au mois d'août 1930, consulter le Professeur Guyot, qui constate l'existence d'une tumeur dure, mal limitée, avec phénomène de la peau d'orange et rétraction du mamelon. Dans l'aisselle droite, on trouve quelques ganglions durs, non douloureux.

On note dans les urines 3 grammes de sucre. Le malade suit un régime et on lui donne 15 grammes de bicarbonate de soude tous les jours dans un litre d'eau de Vichy.

Quand il revient le 5 novembre, il n'existe plus de sucre dans les urines. On décide d'intervenir.

Opération le 7 novembre 1930. — Anesthésie générale au chloroforme à cause de l'état pulmonaire du malade.

Incision elliptique. Ablation du sein, de l'aponévrose du grand pectoral et de tout le contenu cellulo-adipeux de l'aisselle. En rai-

son de l'âge du malade et du diabète, on laisse en place les deux pectoraux.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma.

Suites. — Les deux premiers jours qui suivent l'opération, on fait au malade une piqûre d'insuline (15 unités). Suites apyrétiques. Points enlevés le 16 novembre. Réunion par première intention.

Etat général parfait au moment où le malade quitte la maison de santé, le 20 novembre.

Revu le 23 mars 1931 : Cicatrice parfaite; état général excellent.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

D..., 82 ans.

Entre à l'hôpital le 19 octobre 1929 pour une ulcération de la région mammaire droite qui s'est installée il y a environ un an à la suite d'une piqûre que cet homme aurait ressentie en donnant du foin à son bétail; il suppose que c'est une branche d'arbre ou la pointe d'une fourche qui aurait occasionné cette piqûre.

Il n'y avait pas eu de plaie d'abord, mais son mamelon se serait fortement ombiliqué et serait devenu rouge. Puis, huit ou neuf mois après, la peau, amincie et enflammée, s'ulcère et il s'écoule par l'ulcération quelques gouttes de pus. Le malade va voir un médecin qui lui ordonne une pommade.

Depuis ce temps, l'ulcération s'est agrandie et a beaucoup suppuré. Jamais la moindre douleur à ce niveau. Le malade continue à travailler comme auparavant, et c'est sur les conseils de son médecin qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Pas de maladies, sauf une fièvre typhoïde à 20 ans sans complications.

Examen. — On note au niveau du sein droit une tumeur de la grosseur d'une pièce de 2 francs, faisant corps avec la peau et n'adhérant pas aux plans profonds. Cette tumeur est ulcérée : ulcération rougeâtre, irrégulière, bourgeonnante sur les bords avec de petites croûtes; le fond est rougeâtre et sanieux.

Dans l'aisselle droite, on trouve des ganglions durs, roulant sous le doigt, sans périadénite. Quelques ganglions aussi dans la région carotidienne droite. Rien de l'autre côté.

Le malade n'a pas maigri et présente un bon état général.

Opération le 25 octobre (D^r Mahon). — Anesthésie locale. Ablation du sein. Difficulté pour la réunion des lambeaux.

Suites. — Sphacèle partiel de la cicatrice. Réunion par seconde intention.

Etat à la sortie : En bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

P..., 55 ans.

Entre à l'hôpital le 20 mai 1930 pour tumeur du sein droit.

Le 22 octobre 1929, le malade tombe de charrette et reçoit un traumatisme dans la région pectorale droite. Cette contusion ne laisse aucune trace, aucune ecchymose, aucune tuméfaction, mais le malade continue à se plaindre de cette région jusqu'au mois de mars 1930.

A cette date, il s'aperçoit par hasard qu'il a un sein plus gros que l'autre. Il n'en souffre pas et ne s'en inquiète pas.

Mais depuis le mois d'avril il éprouve des douleurs : sensation de tiraillements, d'élancements douloureux survenant davantage la nuit que le jour. Ces douleurs ont augmenté depuis quinze jours.

Examen. — Le sein droit, plus volumineux que le sein gauche, se présente à la palpation comme formant une plaque surélevée vaguement arrondie, de la dimension d'un cachet pharmaceutique, mais plus irrégulière, de surface granuleuse et dure.

Le malade accuse un peu de douleur à la palpation.

Dans l'aisselle droite, un petit ganglion; dans l'aisselle gauche, plusieurs petits ganglions.

Opération le 20 mai 1930 (Prof. Papin). — Anesthésie à l'éther.

Incision ovale tracée derrière le bord inférieur du grand pectoral, et qui se prolonge en formant une raquette autour du sein. On fait un curage de l'aisselle, mettant à nu la veine axillaire et

les parois musculaires, mais sans ablation ni section des pectoraux. On enlève, par contre, avec la glande mammaire, et d'un seul bloc, l'aponévrose du grand pectoral dans toute la région qui correspond à la zone opératoire.

Suites. — Le malade a des hydro-adénites dans les aisselles.

Un point de sphacèle au niveau de la cicatrice opératoire retarde la guérison.

OBSERVATIONS PUBLIÉES (résumées.)

I. — Epithéliomas papillaires intracanaliculaires.

OBS. IV. — POIRIER, Th. Paris, 1883.

56 ans. Côté droit. Début par écoulement de sang par le mamelon. Petite tumeur qui s'accroît rapidement (évolution en neuf mois) et devient grosse comme les deux poings; paraît formée de plusieurs poches que l'on vide par cinq ponctions au bistouri. Peau violacée, adhérente. Ganglions. Ablation avec ganglions. Guérison.

OBS. V. — TERMET, Soc. anat. Paris, 1896.

66 ans. Côté droit. Début par douleurs dans le mamelon, surtout la nuit. Un an après, hémorragies à peu près tous les mois. Tumeur augmentant de volume, surtout depuis un an; adhérente seulement à la peau. Douleurs devenues intolérables et hémorragies plus abondantes. Evolution : trois ans. Ganglions axillaires. Ablation large avec ganglions.

OBS. VI. — PIGOT, Th. Paris, 1897.

73 ans. Bilatéral. Vingt-cinq ans avant, coup de tête de cheval sur le sein gauche. Longtemps après traumatisme, écoulement de sang par le mamelon gauche. Tumeur multilobée, rouge, adhérente partout. Il y a deux ans et demi, tumeur à droite ulcérée et saignant facilement. Ganglions pris des deux côtés.

OBS. VII. — LE FILLIATRE et DERANCOURT, Soc. méd. des prat., 1911.

50 ans. Côté droit. Evolution en dix-huit mois. Mamelon s'ombilique et tumeur apparaît. Six mois après, picotements et écoulement d'une sérosité sanguinolente. Puis, douleurs dans les bras. Ulcération du mamelon saignante sur tumeur dure, adhérente partout. Ganglions pris. Ablation large avec curage axillaire. Guérison.

OBS. VIII. — HERMANN, *Union méd. du N.-E.*, 1912.

65 ans. Côté gauche. Evolution en cinq ans. Début par suintement jaunâtre par le mamelon. Plus tard, ulcération saignante, très profonde. Irradiations douloureuses dans le bras. Œdème de la main par compression de la veine axillaire par les ganglions. R. X.

OBS. IX. — DAVID, *Ann. of Surg.*, 1922.

82 ans. Côté gauche. Evolution en trois ans. Tumeur sous le mamelon, puis écoulement laiteux. Extirpation. Un an après, un nodule se développe dans la cicatrice, puis deux autres qui se fusionnent pour former une tumeur trilobée, adhérente à la peau. Pas de ganglions. Ablation large sans curage de l'aisselle.

OBS. X. — GRIFFITH, *The Lancet*, 1923.

50 ans. Côté droit. Peu après un traumatisme, il se développe, près du mamelon, une tumeur kystique, mobile avec une zone de pseudo-fluctuation au centre. Elle repose sur une base dure, adhérente à la peau, mais non aux muscles. Pas de ganglions. Ablation large sans curage de l'aisselle.

OBS. XI. — GRUPEN.

43 ans. Côté droit. Tumeur indolore, bien limitée, bleuâtre, adhérente à la peau mais non aux muscles. Ablation large.

OBS. XII. — JEANNENEY et MATHEY-CORNAT, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1924.

64 ans. Côté gauche. Evolution en trente ans. Tumeur à évolution lente pendant longtemps. Puis évolution plus rapide, surtout à la suite d'une application de R. X. Adhérence à la peau. Consistance rénitente. Ganglions pris. R. X puis opération large.

OBS. XIII. — Mlle YAKOWLEFF, Th. Lausanne, 1906.

60 ans. Côté gauche. Evolution en douze ans après traumatisme. Début par écoulement de sang par le mamelon. Puis formation d'une petite tumeur : l'écoulement s'arrête. Il reprend un an après. Puis douleurs et tuméfaction de la région. Le grattage amène la formation d'une ulcération reposant sur une tumeur adhérente aux plans profonds, de consistance molle. Ganglions. Ablation large. Guérison constatée dix ans plus tard.

II. — Epithéliomas acineux.

A. — *Encéphaloïdes*.

OBS. XIV. — CHENET, Th. Paris, 1876.

53 ans. Côté gauche. Evolution en trois ans. Après un premier traumatisme (coup de timon), le mamelon se déprime et, six mois plus tard, il est ulcéré et saignant. Après un second traumatisme (coup de tête de cheval), l'ulcération s'agrandit. Douleurs, puis respiration difficile. Ganglions. Généralisation au sternum, clavicule, sein droit, puis au poumon. Mort dans cachexie.

OBS. XV. — COURTADE, *Union méd.*, 1885.

46 ans. Côté droit. Evolution en cinq mois. Douleurs spontanées; induration surtout accrue depuis deux mois, sous-jacente au mamelon, adhérente à la peau. Ablation du sein. Cinq semaines après, le sein gauche est douloureux avec tumeur adhérente au mamelon.

OBS. XVI. — GARS, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1887.

65 ans. Côté droit. Evolution en dix-sept mois. Après une chute, douleurs lancinantes; mamelon rétracté. Tumeur ovoïde, bosselée, adhérente à la peau. Petit ganglion axillaire. Ablation avec curage axillaire.

OBS. XVII. — BURLING, *Brit. med. Journ.*, 1887.

47 ans. Côté gauche. Evolution en cinq ans. Petite tumeur dure à évolution lente. Il y a huit mois, ulcération. Ganglions axillaires. Biopsie.

OBS. XVIII. — ALLEN, *Med. News*, 1889.

50 ans. Côté droit. Evolution en un an. Blessure du sein traitée pendant trois mois par des cataplasmes. Il se forme une ulcération. Petits nodules durs sur une ligne rejoignant les deux mamelons. Sein gauche élargi et induré, mais pas de tumeur vraie. Ganglions envahis. Biopsie.

OBS. XIX. — BEACH, *Med. and Surg. Journ.*, Boston, 1890.

42 ans. Côté gauche. Evolution en cinq ans. Légère tuméfaction susmamelonnaire. Plus tard, nouvelle masse qui se fond avec la première. A la suite d'un traumatisme, il y a inflammation, suintement par le mamelon et ulcération à bords irréguliers. Pas de ganglions. Opération. Guérison.

OBS. XX. — IMBERT, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1891.

60 ans. Côté gauche. Evolution en un an. Frottements et compression continuels par une courroie. Petite tumeur mobile, indolore, traitée par un emplâtre. Ulcération dix ou douze jours après qui, au bout d'un an, est grande comme une pièce de 5 francs. Ganglions pris. Ablation avec aponévrose du grand pectoral et ganglions. Guérison lente, mais complète.

OBS. XXI. — MUSSEY, *The Lancet*, 1893.

65 ans. Côté droit. Evolution en six ans. Tumeur dure, adhérente au mamelon. Depuis un mois, ulcération avec écoulement purulent. Opération. Récidive dans les trois mois.

OBS. XXII. — DELACOUR, Th. Paris, 1894.

62 ans. Côté gauche. Evolution en six mois. Tumeur du volume du poing, adhérente partout, indolente. Développement régulièrement progressif. Pas de ganglions. Ablation large avec curage de l'aisselle.

OBS. XXIII. — MOORE, *Austral. med. Journ.*, 1895.

60 ans. Côté droit. Tumeur découverte à la suite d'un traumatisme. Deux semaines après, développement rapide de cette masse qui est adhérente à la peau seulement. Pas de ganglions. Ablation. Guérison.

OBS. XXIV. — SHOBER, *Brit. med. Journ.*, 1896.

23 ans. Côté droit. Evolution en six semaines. Début par douleurs lancinantes très vives. Petite masse dure, derrière le mamelon auquel elle est adhérente, mais mobile en profondeur. Extirpation.

OBS. XXV. — LAFORGUE, Th. Toulouse, 1896.

60 ans. Côté droit. Evolution en trois ans. Noyau sous-jacent au mamelon, ulcéré, croûteux, de forme ovale, plat. Ganglions axillaires. Ablation avec ganglions. Six mois après, récurrence locale et générale. Mort deux ans plus tard.

OBS. XXVI. — BLODGETT, *Brit. med. Journ.*, 1897.

12 ans. Côté gauche. Tumeur auprès du mamelon auquel elle est adhérente. Elle devient de plus en plus rouge et dure. Extirpation. Guérison.

OBS. XXVII. — PIGOT, Th. Paris, 1897.

57 ans. Côté droit. Tumeur opérée une première fois; elle récidive et en quatre ans le malade est opéré trois fois, la dernière étant suivie de récidive presque immédiate : tumeur irrégulière, dure, adhérente partout avec peau tendue, luisante. Ganglions axillaires et susclaviculaires. Douleurs dans le bras droit. Ablation large avec curage de l'aisselle. Mort quatre mois après de cancer du poulmon.

OBS. XXVIII. — BASSUET, Soc. anat. Paris, 1903.

59 ans. Côté droit. A eu un abcès du sein. Evolution en deux ans. Petite induration du volume d'un pois, qui, à la suite de fatigue, augmente de volume. Douleurs axillaires. Mamelon rétracté. Adhérence aux muscles. Ganglions axillaires. Ablation large avec ganglions.

OBS. XXIX. — BELLONNE, Th. Bordeaux, 1903.

71 ans. Bilatéral. Evolution en deux mois. Début par picotements dans le sein droit; ils deviennent de véritables douleurs lorsqu'une ulcération du mamelon se produit avec induration du voisinage. Pas de ganglions. Mamelon gauche un peu rétracté et induré; un an après, opération pour le sein droit : on trouve une tumeur à gauche. Ablation du sein droit.

OBS. XXX. — GUÉGAN, Th. Bordeaux, 1903.

57 ans. Côté gauche. Evolution en cinq mois. Petite tumeur sous le mamelon: accroissement lent jusqu'au volume d'un poing d'enfant : lobulée, sensation de fausse fluctuation, peu mobile sur les plans profonds; peau rouge et adhérente. Pas de ganglions. Ablation large et curage de l'aisselle.

OBS. XXXI. — LAVENANT et BAILLEUL, Soc. anat. Paris, 1903.

72 ans. Côté gauche. Evolution en deux ans. Tumeur qui augmente de volume surtout depuis trois mois avec démangeaisons et

élancements. Mamelon rétracté. Peau d'orange. Ganglions envahis. Opération de Halstead.

OBS. XXXII. — JEANNEY, Th. Montpellier, 1904.

42 ans. Côté droit. Evolution en six mois. Petite tumeur qui arrive au volume d'un œuf de poule. Extirpation. Deux ans après, nouvelle nodosité dure, mobile sur plans profonds, mais non sous la peau. Nombreux ganglions axillaires. Ablation sans les pectoraux. Evidement de l'aisselle. Guérison.

OBS. XXXIII. — PRAT, Soc. anat. Paris, 1905.

65 ans. Evolution en six ans. Frottements de la bretelle. Petite grosseur, peu douloureuse, qui atteint le volume d'une noix, avec le mamelon légèrement rétracté. Opération refusée. Quatre ans après, elle a la grosseur d'un poing, mobile, avec mamelon ombiliqué. Puis elle devient douloureuse et du sang s'écoule par le mamelon. Pas de ganglions. Ablation avec curage de l'aisselle.

OBS. XXXIV. — CORNIL et CAMPENON, Soc. anat. Paris, 1906.

57 ans. Côté gauche. Evolution en sept ans. Noyau qui augmente progressivement, puis s'ulcère avec un suintement séro-sanguinolent. Tumeur dure, bosselée, mal limitée, adhérente partout. Pas de ganglions. Opération large. Guérison.

OBS. XXXV. — Mlle YAKOWLEFF, Th. Lausanne, 1906.

47 ans. Côté droit. Evolution en huit mois. Petite tumeur au-dessus du mamelon, mobile et indolore, à croissance rapide. Puis ulcération à fond granuleux reposant sur une base très dure. Ablation large avec pectoraux et ganglions.

OBS. XXXVI. — Mlle YAKOWLEFF.

60 ans. Côté droit. Evolution en dix-huit mois. Malade remarque que le sein droit est plus volumineux que le gauche. Pas de douleur. Il y a trois mois, ulcération saignante, reposant sur

une tumeur dure, mal limitée, adhérente à la peau seulement. Un ganglion axillaire, dur. Ablation avec aponévrose du grand pectoral et ganglions.

OBS. XXXVII. — DUMAS, Soc. anat. Paris, 1907.

62 ans. Côté droit. Evolution en dix-huit mois. Tumeur adhérente à la peau seulement. Pas de ganglions perceptibles. Opération avec curage de l'aisselle.

OBS. XXXVIII. — GELLÉ, *Echo méd. du Nord*, 1907.

78 ans. Evolution en quinze ans. A la suite d'un traumatisme, tumeur n'ayant pas augmenté de volume, mais menaçant de s'ulcérer. Légère adénopathie. Opération large avec curage axillaire.

OBS. XXXIX. — ALGLAVE, Soc. anat. Paris, 1908.

57 ans. Côté droit. Evolution en onze mois. Tumeur du volume d'un haricot; devient adhérente au mamelon et douloureuse. Ulcération suintante. Peau très adhérente. Adhérences en profondeur. Ganglions. Ablation large avec pectoraux et curage de l'aisselle. Guérison.

OBS. XL. — POURTAU, Th. Bordeaux, 1911.

Côté droit. Evolution en huit mois. Tumeur évoluant rapidement. Il y a quatre mois, ulcération qui s'accroît malgré antiseptiques; bords irréguliers fond saignant. Tumeur assez mobile. Très nombreux ganglions axillaires. Extirpation en bloc de la glande et des ganglions. Guérison.

OBS. XLI. — GIBSON, *Ann. of Surgery*, 1912.

62 ans. Côté droit. Evolution en quatre mois. Tumeur dure, large de deux pouces, à droite du mamelon. Centre est ulcéré. Pas de ganglions. Opération large. Guérison.

OBS. XLII. — HERMANN, *Union méd. du N.-E.*, 1912.

48 ans. Côté droit. Evolution en sept ans, beaucoup plus rapide depuis dix mois. Pas d'adhérences. Circulation veineuse importante. Consistance inégale. Picotements gênants. Pas de ganglions. Extirpation de la tumeur et du mamelon.

OBS. XLIII. — GUITER, Th. Montpellier, 1912.

64 ans. Côté droit. Evolution en un an. Petit bouton à la racine du mamelon. Augmentation rapide. Ulcération depuis deux mois. Tumeur bosselée, adhérente à la peau. Ganglions. Ablation large. Deux ans plus tard, métastases vertébrales et mort.

OBS. XLIV. — GUITER, Th. Montpellier, 1922.

33 ans. Côté droit. Evolution en dix mois. Ulcération entourée d'une masse du volume d'une noix. Mamelon disparu. Ablation large. Six ans après, récurrence dans sein gauche.

OBS. XLV. — GUITER, Th. Montpellier, 1922.

45 ans. Côté gauche. Evolution en deux ans. Au niveau de l'aréole, petite tumeur dure, indolore. Puis la peau rougit et s'ulcère. Augmentation rapide depuis trois mois. Ganglions. Amputation large. Sept ans après, douleurs dorsales, puis paraplégie. Mort.

OBS. XLVI. — TISSOT, *Progrès médical*, 1912.

40 ans. Côté droit. Evolution en six ans. Petit bouton dur au niveau du mamelon, avec démangeaisons vives. Augmentation progressive, puis ulcération qui remplace le mamelon il y a deux ans. Adhérence à la peau. Ganglions envahis. Ablation large et curage de l'aisselle. Dix mois après, noyaux sur le bord du pectoral. Métastase dans le rachis avec névrite radiculaire à gauche. Mort dans cachexie.

OBS. XLVII. — HITZANIDÈS, Th. Montpellier, 1917.

38 ans. Côté droit. Evolution en deux ans. Début par légère grosseur du mamelon. Elle grossit peu à peu, puis s'ulcère : ulcération donne liquide séro-sanguinolent à odeur forte. Elle repose sur une tumeur arrondie, dure, mobile. Adénopathie discrète. Bon état général. Opération. Pas de récurrence deux ans après.

OBS. XLVIII. — HITZANIDÈS, Th. Montpellier, 1917.

65 ans. Côté droit. Evolution en deux ans. Tumeur grosse comme une mandarine, occupant le centre du mamelon; elle est adhérente à la peau et commence à s'ulcérer. Ganglions. Gêne dans les mouvements du bras. Amaigrissement. Opération. Récurrence cinq mois après. Mort dans cachexie.

OBS. XLIX. — SIMMONS, *Amer. Journ. med. Assoc.*, 1917.

13 ans. Côté droit. Traumatisme. Evolution en cinq mois. Six mois après traumatisme, sensation de brûlure après efforts. Cinq mois plus tard, tumeur appréciable et sensible. Diagnostic de mastite chronique. Ablation large. Pas de ganglions. Quelques mois après, augmentation de volume du sein gauche.

OBS. L. — BARRIL, Th. Bordeaux, 1919.

56 ans. Côté droit. Chute. Evolution en trois mois. Tumeur enlevée en octobre 1907. Récurrence. Opération en octobre 1908 : résection partielle de la veine axillaire et des côtes III et IV. Novembre 1909 : adénopathie cancéreuse. Janvier 1910 : extirpation de nodules néoplasiques. Quatre interventions. Trois récurrences. Mort en décembre 1910.

OBS. LI. — KUMMER, *Lyon chirurgical*, 1923.

45 ans. Evolution en un an. Tumeur qui augmente plus rapidement depuis une semaine et prend une teinte violacée. Elle est dure, lisse, mobile sur les plans profonds. Ganglions axillaires et sus-claviculaires. Ablation large avec pectoraux et curage de l'aisselle. Deux ans après, récurrence locale guérie par R. X.

OBS. LII. — JEANNENEY et LACHAPÈLE.

Journ. de méd. de Bordeaux, 1926.

59 ans. Côté gauche. Evolution en trois ans. Petit nodule dur, rouge, douloureux à la pression. Il y a six mois, augmentation brusque du simple au double. Peau tendue, jambonnée. Pas d'ulcération nette, mais zone suintante couverte de croûtes. Légère adhérence au grand pectoral. Légère adénopathie. Exérèse large du sein et des ganglions.

OBS. LIII. COLEY, *Amér. Journ. of surg.*, 1926.

65 ans. Evolution en deux ans pour la première tumeur. Récidive dans la cicatrice opératoire d'un cancer du sein apparu six ans avant et opérée depuis quatre ans (simple ablation, suivie de R. X). Opération large avec pectoraux et ganglions, puis R. X. Pas de récidive huit mois après.

OBS. LIV. — PIÉRI, Th. Bordeaux, 1926.

79 ans. Evolution en cinq ans. Evolution progressive d'une tumeur, qui devient volumineuse, bourgeonnante, suintante et nécrosée par places. Douleurs modérées. Curiethérapie pendant cinq mois. Guérison confirmée pendant cinq ans.

OBS. LV. — PIÉRI, Th. Bordeaux, 1926.

65 ans. Côté gauche. Evolution en quelques mois. Tumeur lancinante, avec tendance à l'abcédation, de la grosseur d'un œuf, ramollie par place, douloureuse. Ganglions douloureux. Ablation en bloc et curage de l'aisselle.

OBS. LVI. — PISTOCCHI, *Minerva medica*, 1927.

44 ans. Côté droit. Tumeur augmente lentement de volume, sans douleurs ni sensation de pesanteur. Opération. Récidive dans un ganglion axillaire.

OBS. LVII. — RAGUÉ, *Rev. clin. de Barcelone*, 1927.

57 ans. Côté droit. Mère morte d'un cancer du sein neuf mois après opération. Evolution en quatre ans. Accroissement très lent

de la tumeur. Depuis trois mois, douleurs intenses. Masse mal limitée, dure, douloureuse, sans adhérence à la peau. Mamelon rétracté. Ganglions douloureux. Opération de Halstead. Cancer du poulmon quelques mois plus tard.

OBS. LVIII. — RAGUÉ, *Rev. clin. de Barcelone*, 1927.

51 ans. Côté droit. Evolution en quatre ans: Tumeur mal limitée, dure, immobile, indolore. Mamelon rétracté. Ganglions. Halstead. Métastase pulmonaire six mois après.

OBS. LIX. — COURAUD et BONNARD, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1928.

57 ans. Evolution en trois mois. Petite ulcération indolore occupant la place du mamelon, suintante. Repose sur tumeur aplatie et arrondie, aux contours assez nets, très dure, non adhérente à la peau, mais un peu au grand pectoral. Ganglions durs. Bon état général. Exérèse large avec curage de l'aisselle, sans grand pectoral.

OBS. LX. — PETIT DE LA VILLÉON, *Soc. des chir. de Paris*, 1928.

74 ans. Côté droit. Gynécomastie bilatérale à la suite d'une prostatectomie à 62 ans. Evolution en deux ans. Noyau induré, avec rétraction du mamelon. Ganglions dans aisselle. Ablation large avec pectoral et curage de l'aisselle. Trois ans plus tard, récidence traitée par R. X. Cinq ans après, état général mauvais.

OBS. LXI. — BUZZI, *La Semana medica*, 1929.

48 ans. Côté droit. Evolution en huit mois. Tuméfaction sous le mamelon, non douloureuse, qui augmente de volume. Mamelon et aréole soulevés. Tumeur régulière, dure, uniforme, sans adhérences, sinon au niveau du mamelon. Pas de ganglions. Ablation avec aponevrose du grand pectoral et curage de l'aisselle.

OBS. LXII. — BUZZI, *La Semana medica*, 1929.

53 ans. Côté gauche. Traumatisme à 45 ans. Evolution en trois ans. Des picotements dans le mamelon amènent la découverte d'un

nodule, douloureux à la pression. Volume et douleurs augmentent. Puis ulcération, avec sécrétion sanglante, au niveau du mamelon. Peau d'orange. Adhérence au grand pectoral. Ganglions axillaires palpables. Opération large avec pectoraux et curage de l'aisselle.

OBS. LXIII. — MOIROUD et CHAUSSON,

Soc. chir. Marseille, 1929.

70 ans. Côté gauche. Evolution en cinq ans. Petite ulcération reposant sur tumeur encapsulée, lisse, rénitente, non adhérente à la peau. Quelques ganglions axillaires. Extirpation simple de la tumeur avec ganglions voisins.

OBS. LXIV. — GUTIERREZ et MONSERRAT,

Rev. di cirugia, 1929.

78 ans. Côté droit. Evolution en huit mois. Début par douleur localisée au mamelon, continue, avec exacerbations la nuit, puis tumeur qui augmente de volume, dure, adhérente aux plans profonds, mais non à la peau. Ablation de la tumeur avec curetage des côtes.

OBS. LXV. — GUTIERREZ et MONSERRAT,

Rev. di cirugia, 1929.

66 ans. Côté droit. Traumatisme. Evolution en quatre ans. Trois mois après le traumatisme, apparaît une zone rouge et dure du volume d'un œuf, et, il y a trois mois, ulcération saignante. Traitement médical inactif. Ganglions douloureux. Adhérence à la peau. Mamelon rétracté. Bon état général. Opération large. Radiothérapie profonde postopératoire.

OBS. LXVI. — DESSAINT et PLANTEVIN,

Assoc. franç. pour l'étude du cancer, 1934.

73 ans. Côté droit. Evolution en un mois. Tuméfaction non douloureuse, dure, plane, adhérente à la peau et à la profondeur. Mamelon rétracté. Ganglions. Ablation large sans petit pectoral. Curage de l'aisselle.

B. — *Squirrhes.*

OBS. LXVII. — POIRIER, Th. Paris, 1883.

48 ans. Côté gauche. Evolution en deux ans. Début par douleurs profondes dans la région mammaire. Un an après, tumeur, qui augmente progressivement. Mamelon rétracté. Peau adhérente, violacée, très indurée sur 10 à 12 centimètres de rayon. Plaque dure allant vers l'aisselle. Intervention impossible.

OBS. LXVIII. — BUCHANAN, *Glasgow Med Journ.*, 1894.

52 ans. Côté gauche. Evolution en trois ans. Peu après un traumatisme se développe une tumeur, qui grossit surtout dans les trois dernier mois. Elle a deux pouces de large, est adhérente à la peau. Petite ulcération du mamelon. Extirpation.

OBS. LXIX. — LAFORGUE, Th. Toulouse, 1896.

46 ans. Côté gauche. Evolution en quatre ans. Début par léger suintement chocolat par le mamelon, sans douleur ni tumeur. Il s'arrête il y a un an. Deux ou trois mois après, tumeur qui augmente progressivement, dure, mal limitée, adhérente à la peau seulement. Ulcération de l'aréole. Pas de ganglions. Excision large avec curage de l'aisselle.

OBS. LXX. — PLUMMER, *The Lancet*, 1897.

39 ans. Côté droit. Deux cousins morts de cancers du sein et du rectum. Evolution en huit ans d'une petite tumeur, qui grossit lentement. Ablation. Récidive deux ans après avec douleurs dans le bras droit.

OBS. LXXI. — BELL, *Brit. med. Journ.*, 1903.

56 ans. Côté droit. Menuisier, appuyant sur sa poitrine le manche de son ciseau. Evolution en quatre ans. Début par une tumeur mobile qui s'ulcère deux ans après. Pas de ganglions. Opération large. Récidive quinze mois après avec dépôt cancéreux dans la 5^e côte. Mort deux ans après l'opération.

OBS. LXXII. — CHAVANNAZ, Soc. d'anat. et physiol.
de Bordeaux, 1907.

60 ans. Evolution en trois ans d'une tumeur qui adhère à la peau et aux plans profonds. Ulcération avec écoulement sanieux. Mamelon rétracté. Pas de ganglions.

OBS. LXXIII. — BINGHAM, *Brit. med. Journ.*, 1910.

57 ans. Côté gauche. Fibro-adénome enlevé en 1906. En 1909, on trouve une nouvelle tumeur. Peau rouge, œdématiée, tendue, adhérente. Un ganglion mobile dans l'aisselle. Perte de poids depuis deux ans. Ablation large de la tumeur.

OBS. LXXIV. — DAVIDSON, *Brit. med. Journ.*, 1910.

63 ans. Côté gauche. Evolution en quatre ans. Début par une petite tumeur, qui augmente progressivement pendant trois ans. A ce moment, traumatisme, puis ulcération. Ablation large avec pectoraux et ganglions.

OBS. LXXV. — SPEESE, *Ann. of Surg.*, 1912.

55 ans. Nombreux abcès du sein. Evolution en trois mois d'un petit nodule dur, gros comme une noix, siégeant sous le mamelon, rétracté. Un gros ganglion axillaire. Ablation large. Guérison.

OBS. LXXVI. — SPEESE.

48 ans. Tumeur enlevée avec le mamelon, sept mois après son apparition. Récidive au bout de quelques mois : plusieurs nodules néoplasiques au voisinage de la cicatrice. Opération radicale. Pas de récidive trois ans après.

OBS. LXXVII. — COLLIGNON, Th. Paris, 1913.

77 ans. Côté droit. Evolution en trois ans. Picotements dans le sein, puis petite tumeur et ulcération du mamelon, avec écoule-

ment séro-purulent. Ganglions axillaires. R. X cicatrisent l'ulcération. Récidive au bout de six mois. Mauvais état général.

OBS. LXXVIII. — COLLIGNON.

48 ans. Côté droit. Evolution en sept ans. Augmentation rapide depuis quelques mois. Lacis de veines volumineuses. Quelques noyaux durs, gros comme des pois, autour de la tumeur. Pas de ganglions. Picotement depuis la période aiguë. Opération.

OBS. LXXIX. — THIBIERGE et HUTNAGEL, Soc. de dermat. et de syphil., 1921.

50 ans. Côté gauche. Evolution en onze mois. Deux mois après la découverte de la tumeur, apparition d'une ulcération : on pense à la syphilis. 914 ne donne rien. Il y a trois mois, apparition de nouveaux noyaux, que s'ulcèrent. Ulcération à bords irréguliers, durs, à fond saignant, reposant sur une tumeur dure, adhérente aux plans profonds. Autres noyaux, non ulcérés, allant vers l'aiselle. Amaigrissement.

OBS. LXXX. — KUMMER, *Lyon chirurgical*, 1929.

57 ans. Evolution en deux ans d'une tumeur qui n'augmente de volume que depuis huit mois. Elle est grosse comme une mandarine, indolore, très dure, bosselée, adhérente partout. Mamelon rétracté. Un ganglion axillaire. Deux séances de R. X, puis opération.

OBS. LXXXI. — KELLOGG SPEED, *Ann. of Surg.*, 1925.

49 ans. Côté droit. Evolution en quatre ans. Début par petite tumeur. Depuis huit mois, ulcération à bords très durs, saignant facilement, avec écoulement fétide. Ganglions axillaires volumineux. Amaigrissement. Ablation large avec pectoraux et ganglions. Mort huit jours après par affaiblissement progressif.

OBS. LXXXII. — KELLOGG SPEED.

60 ans. Côté droit. Evolution en un mois. Petite tumeur sous le

mamelon et petits noyaux cutanés dans la région supéro-externe du sein. Amaigrissement. Ganglions axillaires. Foie augmenté de volume, mais non bosselé. Opération de Willy-Meyer. Pas de récurrence sept mois plus tard.

Obs. LXXXIII. — MASSIAS et BABLET, Soc. méd. chir.
de l'Indochine, 1923.

47 ans. Côté droit. Evolution en deux mois. Induration de toute la région pectorale droite, immobilisant les pectoraux, plaqués contre le gril costal. Le mamelon est immobilisable. Adénopathie axillaire. Willy-Meyer.

Obs. LXXXIV. — PIÉRI, Th. Bordeaux, 1926.

33 ans. Côté droit. Evolution en neuf ans. A la suite d'une chute, constate l'existence d'une petite tumeur mobile, qui augmente peu à peu. La peau devient rouge. En 1921, tumeur dure, mobile en profondeur, adhérente à la peau. Deux ulcérations, dont l'une à la place du mamelon. Ganglions axillaires et susclaviculaires. Ablation large avec curage de l'aisselle. Un an après, métastase dans la colonne dorsale. Mort dans cachexie.

Obs. LXXXV. — PIÉRI.

44 ans. Côté droit. Evolution en deux ans. Apparition de multiples nodosités périmammaires et tumeur dure, enchâssée dans le sein. R. X. superficiels font régresser le tout, mais, deux mois après, reprise de l'évolution et aspect de squirrhe en cuirasse envahissant tout le thorax. Pas de ganglions. Mort deux ans plus tard.

Obs. LXXXVI. — PIÉRI.

39 ans. Côté droit. Petite tumeur évoluant lentement (trente mois). Ulcération, depuis deux mois, au niveau du mamelon. Tumeur lisse, dure, fixée aux pectoraux et à la peau. Ganglions. R. X. puis opération large. Deux tubes de radium dans un drain. Mort deux ans après de métastases internes.

OBS. LXXXVII. — LÉVY, Soc. franç. de dermat. et syphil., 1926.

53 ans. Côté gauche. Mère morte d'une tumeur du sein. Quelques semaines après un traumatisme, le mamelon se rétracte; peau infiltrée, rouge, suintante, avec croûtes recouvrant des petites ulcérations. Base infiltrée, dure, ligneuse, adhérente aux plans profonds, avec prolongement vers l'aisselle. Envahissement du derme de tout l'hémithorax gauche. Ganglions axillaires et sus-claviculaires. Radium. Mort par crise d'étouffement.

OBS. LXXXVIII. — MACEWEN, *Brit. med. Journ.*, 1927.

63 ans. Côté droit. Evolution en un an. Début par petite croûte sur ulcération, entourée d'une zone inflammatoire. Le mamelon est détruit. Tumeur dure, adhérente au grand pectoral, mais non à la peau. Ganglions axillaires. Perte de poids et douleurs s'irradiant vers le bras. Opération de Halstead.

OBS. LXXXIX. — DESSAINT et PLANTEVIN.

Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer, 1931.

46 ans. Côté droit. Evolution en trois mois. Début par petit noyau, avec quelques picotements. Mamelon rétracté, avec petite ulcération. Au-dessus, tumeur dure, à limites peu nettes, adhérentes surtout à la profondeur. Pas de ganglions perceptibles. Ablation large avec curage de l'aisselle.

C. — Carcinomes mélaniques.

OBS. XC. — CHENET, Th. Paris, 1876.

41 ans. Côté droit. Mère morte à 60 ans d'un cancer de l'intestin. Petite tumeur indolente à évolution lente, puis démangeaisons et élancements. Opération refusée. Six mois après, ulcération et ganglions axillaires. L'ulcération a des bords noirs. Excision large et énucléation des ganglions. Récidive dans la cicatrice. Six mois après, gros foie, gêne de la respiration, cachexie.

OBS. XCI. — Mlle YAKOWLEFF, Th. Lausanne, 1906.

52 ans. Côté droit. Evolution en deux ans. Très petit nodule sous-mamelonnaire, avec douleurs lancinantes. Peau amincie, violacée, avec zone jaune verdâtre. Tumeur mal limitée, avec un endroit fluctuant; adhérence à la peau, mais peu aux plans profonds. Ganglions axillaires. Opération large.

D. — *Carcinomes colloïdes.*

OBS. XCII. — LETULLE, Soc. anat. Paris, 1913.

50 ans. Côté droit. Le sein a grossi progressivement, sans devenir douloureux. Opération.

III. — **Sarcomes.**

OBS. XCIII. — HORTELOUP, Th. d'agrég., 1872.

Côté gauche. Evolution en sept mois. Petite tumeur, qui s'accroît rapidement depuis deux mois. Consistance molle, indolente. Peau adhérente; pas d'adhérences au plan profond. Pas de ganglions. Opération. Guérison.

OBS. XCIV. — CRAFT, *The Lancet*, 1875.

52 ans. Côté gauche. Evolution en cinq mois. Tumeur du volume du poing, non adhérente. Peau rouge, tendue. Circulation veineuse collatérale. Consistance ferme, avec partie supérieure molle. Pas de ganglions. Ablation de la tumeur.

OBS. XCV. — PIGOT, Th. Paris, 1897.

48 ans. Côté droit. Evolution en 1 an. Tumeur au niveau de l'aréole. Elle s'ulcère, avec suppuration et écoulement sanguin intermittent. Elle est irrégulière, bosselée, de consistance molle,

non adhérente. Pas de ganglions. Ablation de la tumeur et d'une partie de la glande.

OBS. XCVI. — COLLIGNON, Th. Paris, 1913.

45 ans. Côté droit et gauche. Evolution en deux mois. Picotements dans les deux seins, puis noyaux durs, petits, non adhérents, non douloureux. Ecoulement séreux par le mamelon. Pas de ganglions. Opération respectant les pectoraux.

OBS. XCVII. — FORGUE et CHAUVIN. *Rev. de chir.*, 1919.

49 ans. Evolution en deux ans. Nodule induré ayant évolué insidieusement; s'ulcère et donne un suintement assez abondant. Tumeur mobile. A l'examen, sarcome mélanique. Ablation de la tumeur. Récidive dans cicatrice quinze jours après. Deux mois après, ganglions axillaires.

OBS. XCVIII. — KELLOG SPEED, *Ann. of surg.*, 1925.

48 ans. Côté gauche. Evolution en quatre mois. Tumeur pédiculée ulcérée depuis deux mois. Adénopathie axillaire. Ablation large et curage de l'aisselle. Pas de récidive vingt mois après.

OBS. XCIX. — RAGUÉ, *Rev. de la clin.*, Barcelone, 1927.

75 ans. Côté droit. Evolution en deux mois. Tumeur qui grossit rapidement et s'ulcère. Elle est dure, indolore, adhérente seulement à la peau. Ganglions axillaires pas très nombreux, volumineux. Opération d'Halstead.

OBS. C. — GUTIERREZ et MONSERRAT, *Rev. di Cirugia*, 1929.

35 ans. Côté gauche. Tumeur ayant les caractères d'un carcinome. A l'examen, sarcome à cellules fusiformes. Ablation large, cure ganglionnaire. Bons résultats trois ans après.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du sein chez l'homme est peu fréquent. On peut admettre la proportion de 2,5 p. 100 par rapport à la femme.

II. — Au point de vue étiologique, on trouve comme âge moyen de 50 à 60 ans. Le traumatisme intervient dans environ 20 p. 100 des cas. L'hérédité a peu d'importance. Il en est de même de la gynécomastie, à laquelle cependant on a toujours attribué un grand rôle.

III. — Les variétés histologiques sont les mêmes que chez la femme.

IV. — La symptomatologie offre comme points particuliers :

l'évolution lente (trois à cinq ans) des épithéliomas intracaniculaires, qui se manifestent surtout par l'écoulement de sang par le mamelon;

l'évolution rapide des cancers encéphaloïdes (vingt-neuf mois); elle se fait souvent en deux phases : l'une torpide, la deuxième aiguë;

dans les squirrhes, il faut distinguer le squirrhe atrophique à évolution assez lente et les squirrhes pustuleux et en cuirasse, qui se développent très rapidement;

enfin les sarcomes (10 p. 100 des tumeurs malignes) évoluent très rapidement, mais envahissent rarement les ganglions.

V. — Le diagnostic, en général facile, sera différent suivant qu'on aura affaire à une tumeur dure, liquide ou ulcérée.

VI. — Le traitement sera avant tout chirurgical; il pourra être aidé, mais non remplacé par la physiothérapie

VII. — Le pronostic, peut-être plus mauvais que chez la femme, l'est surtout pour les épithéliomas acineux, sans distinction des formes encéphaloïdes ou squirrheuses.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 18 juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAIR (Frank E.). — *Ann. of surg.*, févr. 1930.
- ALGLAVE. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1908.
- ALLEN. — *Medical News*, 1889.
- ANDREWS et KAMPMEIER. — *Surg., Gyn. and Obst.*, janv. 1927, p. 30.
- BARRIL. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse Bordeaux, 1918-1919.
- BASSUET. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1903.
- BAUMGARTNER. — Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Tome XXIII : Maladies de la mamelle.
- BEACH. — *Med. and surg. Journ.* Boston, 1890.
- BEATSON. — *Glasgow méd. Journ.*, 1911.
- BECKERS. — Traitement du cancer du sein. *Journ. des prat.*, 15 mars 1924.
- BELL. — *British med. Journ.*, 1903.
- BELLONNE. — Tumeurs bilatérales du sein. Thèse Bordeaux, 1904.
- BILLROTH. — Pathologie chirurgicale générale, 1868, p. 770.
- BINGHAM. — *British med. Journ.*, févr. 1910.
- BLODGETT. — *British med. Journ.*, 1897, p. 611.
- BROMIDI. — *Gaz. intern. di med.*, Napoli, 1915.
- BRYAN. — *Surg., Gyn. and Obst.*, 1914.
- BUCHANAN. — *Glasgow med. Journ.*, 1894.
- BURLING. — *British med. Journ.*, 1887.
- BUZZI. — *La semana medica*, Buenos-Aires, nov. 1929.
- CASTIGLIONI. — *Il Morgagni*, 1907, n° 8.
- CHALIER. — *Lyon médical*, 1914.
- CHAVANNAZ. — *Bull. Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 1907.
- CHENET. — Thèse Paris, 1876.
- CLÉRET. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1906.

- COLEY. — *The amer. Journ. of Surg.*, avril 1926.
- COLLIGNON. — A propos de quelques cas de cancer du sein chez l'homme. Etude clinique et pronostique. Thèse Paris, 1903.
- CORNIL et CAMPENON. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1906.
- COURAUD et BONNARD. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1928.
- COURTADE. — *Union médicale*, Paris, 1885.
- CRAFT. — *The Lancet*, 1875.
- CUSANI. — *Il Morgagni*, nov. 1929.
- DAVID. — *Ann. of surg.*, 1922.
- DAVIDSON. — *British méd. Journ.*, mai 1910.
- DELACOUR. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse Paris, 1894-1895.
- DELBET et HERRENSCHMIDT. — Atlas du cancer, 5^e fascicule.
- DESSAINT et PLANTEVIN. — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, janv. 1934.
- DUCAMP et CARRIEU. — Un cas de polymastie chez l'homme. *Montpellier médical*, 1921.
- DUMAS. — *Bull. Soc. anat. Paris*, 1907.
- DUQUESNE. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse Bordeaux, 1913-1914.
- DUVET. — *Lyon chirurgical*, 1914.
- FLURIAN. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse Bordeaux, 1909-1910.
- FORGUE et CHAUVIN. — *Le cancer mélanique du sein chez l'homme. Rev. de chir., de Paris*, 1919.
- GARS. — *Journ. des sciences médicales de Lille*, 1887.
- GELLÉ. — *Echo médical du Nord*, 1907.
- GIBSON. — *Ann. of surg.*, avril 1912.
- GILLETTE. — *Union médicale*, Paris, 1885.
- GIORDANO GIACENTO. — Granulome lipophagique du sein chez l'homme. *Ann. ital. di chir.*, nov. 1928.
- GRIFFITH. — *The Lancet*, 1923, I, 22.
- GRUPEN. — *Deutsche Zeitschr. für chir.*, janv. 1923.
- GUÉGAN. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse Bordeaux, 1903-1904.
- GUITER. — Contribution à l'étude du traitement et des résultats

postopératoires et médicamenteux de l'épithélioma du sein chez l'homme. Thèse Montpellier, 1912-1913.

GUTIERREZ et MONSERRAT. — Tumores de la glandula mamaria en el hombre. *Revista di Cirugia*, Buenos-Aires, déc. 1929.

GUYOT et JEANNENEY. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913.

HERMANN. — *Union méd. du Nord-Est*, Reims, 1912.

HERRENSCHMIDT. — *Bull. soc. anat. de Paris*, 1921.

HITZANIDÉS. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse Montpellier, 1916-1917.

HORTELOUP. — Thèse d'agrégation, Paris, 1872.

IMBERT. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, nov. 1891.

JACOBSON. — *Medical News*, 1897.

JEANNENEY. — Le cancer, 2^e éd. Maloine, édit., Paris, 1931.

JEANNENEY et LACHAPÈLE. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926.

JEANNENEY et MATHEY-CORNAT. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1924.

JÉANNEY. — Le cancer du sein chez l'homme (résultats opératoires). Thèse Montpellier, 1904-1905.

KELLOGG SPEED. — *Ann. of surg.*, juill. 1925.

KUMMER. — *Lyon chirurgical*, 1923.

LABORDE. — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, janv. 1926.

LAFORGUE. — Du cancer du sein chez l'homme. Thèse Toulouse, 1896-1897.

LAVENANT et BAILLEUL. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1903.

LEDUAN. — Mémoire sur le cancer, 1778.

LE FILLIATRE et DERANCOURT. — *Soc. méd. des prat.*, avril 1911.

LE GUET. — Le chancre du sein chez l'homme. Thèse Paris, 1926.

LEPAUMIER. — Traitement du cancer du sein. Thèse Paris, 1925.

LETULLE. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1913.

LÉVY. — *Bull. soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1926.

LLAMBIAS. — *La semana medica*, Buenos-Aires, 1928, p. 318.

MACEWEN. — *British med. Journ.*, mai 1927.

MALLET et COLLIEZ. — Traitement du cancer du sein. *Arch. d'électr. et de phys.*, janv. 1923.

MARCANO. — *Bull. soc. anat. de Paris*, 1874.

MAROTTA. — *Prensa medica argentina*, Buenos-Aires, VIII, 1916-1917.

MASSABIAU et DELAGE. — Granulome lipophagique du sein. *Rev. de chir.*, 1904.

MASSIAS et BABLET. — *Bull. Soc. méd.-chir. de l'Indochine*, août 1925.

MATHIEU et TOPOUS-KHAN. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1920.

MOIROUD et CHAUSSON. — *Bull. Soc. de chir. de Marseille*, juin 1929.

MOORE. — *Australian med. Journ.*, 1895.

MORESTIN. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1908.

MUSSEY. — *The Lancet*, 1893.

OLIVER. — *Ann. of Surg.*, 1917.

PÉRAIRE. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1911.

PETIT DE LA VILLÉON. — *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, nov. 1928.

PIÉRI. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
Thèse Bordeaux, 1926.

PIGOT. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme
Thèse Paris, 1897-1898.

PISTOCCHI. — *Minerva medica*, avril 1927.

PLUMMER. — *The Lancet*, 1897.

POIRIER. — Thèse Paris, 1883.

POURTAU. — Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
Thèse Bordeaux, 1911-1912.

PRAT. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1905.

PRATO (Dal). — *Minerva medica*, 1925.

PUTZU. — *Riforma medica*, 1912.

RAGUÉ. — *Rev. med. de Barcelone*, avril 1927.

ROFFO. — *Prensa medica argentina*, Buenos-Aires, III, 1916.

ROUX-BERGER. — Les thérapeutiques associées dans le cancer du sein. *Paris médical*, mars 1923.

RUSSELL. — *Ann. of Surg.*, janv. 1913.

SENGENSSE. — *Annales de la polyclinique*, Bordeaux, IV, 1895-1896.

SHOBER. — *British med. Journ.*, 1896.

SIMEONI. — *Riforma medica*, Napoli, 1913.

SIMMONS. — *The Journ. amer. of Med. Assoc.*, juin 1917.

SPEESE. — *Ann. of Surg.*, avril 1912.

STARR JUDD et MORSE. — *Surg., Gyn. and Obst.*, janv. 1926.

TAPIE. — *Arch. méd.*, Toulouse, 1911.

- TERMET. — *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1896.
- THIBIERGE et HUTNAGEL. — *Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil.*,
Paris, 1921.
- THORBWEN. — *British med. Journ.*, 1890.
- TISSOT. — *Progrès médical*, 1912.
- TORRACA. — *Riforma medica*, 1922.
- VITRAC. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1894.
- WAINWRIGHT. — *Arch. of Surg.*, avril 1927.
- WILLIAMS. — *The Lancet*, II, p. 261, 1889.
- YAKOWLEFF (M^{lle}). — Contribution à l'étude clinique et à la statistique des tumeurs malignes du sein chez l'homme. Thèse
Lausanne, 1906.
- YAMAMOTO. — Klinisch statistischen beitrag zur kenntnis der carcinoms der mamlichen brustdrusse. In-8°, Rostock, 1911.
- ZALETEL. — *Rev. med. Cubana*, avril 1930.

